

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 159

LA
SCOLIOSE

DANS LE
MAL DE POTT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS ROMAND-MONNIER

Né à Saint-Amour (Jura), le 10 Novembre 1874



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^e
Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 159

LA
SCOLIOSE

DANS LE
MAL DE POTT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

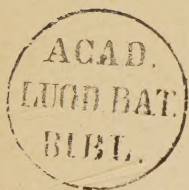
Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS ROMAND-MONNIER

Né à Saint-Amour (Jura), le 10 Novembre 1874



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{te}
Ancienne Maison A. WALTENER
14, rue Bellecordière, 14.

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		OLLIÉ.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		PONCET
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET
Médecine légale		TRIPPIER
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE
--	--------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président ; M. POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de L. on déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON FRÈRE

Nous acceptons avec empressement l'occasion qui nous est offerte de remercier publiquement les maîtres que nous avons eus dans les hôpitaux.

Nous avons gardé le meilleur souvenir des semestres passés dans les services du Dr Colrat, du professeur Maurice Pollosson, et du professeur agrégé Auguste Pollosson.

M. le professeur agrégé Rochet, dont nous fûmes l'externe, nous a témoigné, à maintes reprises, le plus profond intérêt, qu'il daigne accepter toute notre gratitude.

M. le professeur agrégé Nové-Josserand a droit aussi à toute notre reconnaissance. Il a prodigué des soins à un malade qui nous fut cher. Il a été l'inspirateur de ce travail pour lequel il ne nous a mesuré ni son temps, ni ses conseils.

Que M. le professeur Fochier soit assuré que nous apprécierons grandement l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Introduction. Historique. Exposition du sujet.

L'étude de la scoliose, dans le mal de Pott, est digne d'attirer l'attention. Si l'on songe que les déviations latérales du rachis sont le plus souvent mises sur le compte de la scoliose essentielle, on conviendra qu'il est du plus haut intérêt d'arriver à formuler un diagnostic précoce. L'avenir du malade en dépend. Le traitement de la scoliose étant en partie basé sur des mouvements rationnels et une gymnastique appropriée, le mal de Pott exigeant, au contraire, l'immobilisation absolue, nous n'avons pas besoin d'insister sur les dangers que courrait un individu affecté de mal de Pott avec scoliose, s'il était soumis au traitement orthopédique de la scoliose essentielle. L'évolution rapide de la maladie, les déformations irrémédiables du rachis, les abcès par congestion avec les dégénérescences qu'ils provo-

quent sur les viscères, sans parler de la généralisation tuberculeuse, point noir à l'horizon dans toute ostéite spécifique, pourraient être la conséquence de cette erreur de diagnostic.

Il faut venir jusqu'en 1858, époque à laquelle Bouvier publia ses leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, pour voir signaler, d'une façon précise, l'existence des déviations latérales de la colonne au cours du mal de Pott. « Dans le mal de Pott, dit-il, on observe aussi des courbures latérales, bien que quelques auteurs considèrent cette disposition comme un mythe. »

Tous les auteurs, qui s'occupent de la question, signalent, chemin faisant, la possibilité de ces déviations latérales du rachis dans le mal de Pott, mais sans insister beaucoup.

« Ces sont surtout les chirurgiens orthopédistes américains qui, dans ces dernières années, sont revenus sur ce point particulier de la question. Dans cet ordre d'idées, nous devons tout d'abord signaler un excellent travail publié par les *Annals of surgery*. Dans ce mémoire, le docteur Bartow s'attache à démontrer que le mal de Pott, au début, s'accompagne dans l'immense majorité des cas d'un certain degré de rotation de la colonne vertébrale, capable d'en imposer pour de la scoliose. Les nombreuses reproductions photographiques, que l'auteur annexe à son travail, ne laissent aucun doute sur le bien-fondé de l'opinion qu'il s'attache à défendre. »

En 1888, paraissait le travail magistral de Lannelongue, sur la tuberculose vertébrale. Là encore, on

trouve signalée la possibilité des déviations latérales au cours du mal de Pott, le fait étant toutefois considéré comme exceptionnel.

En suivant l'ordre chronologique, nous devons citer ensuite une observation communiquée la même année à l'American orthopedic Association par le docteur Henry Taylor, de New-York. Le fait est relatif à une jeune femme de 29 ans, présentant au niveau de la 11^e vertèbre dorsale et au niveau des 3^e et 4^e lombaires une brusque inclinaison vers la droite, de sorte que le rachis dans son ensemble, au lieu d'être perpendiculaire au bassin, formait avec lui un angle de 70°. S'il existait une inclinaison latérale de la colonne vertébrale, il y avait peu de rotation véritable.

A propos de la communication de Taylor, Ketch, de New-York, rappelle que l'existence d'une déviation latérale n'est pas chose exceptionnelle dans le mal de Pott. D'après lui, pareille déviation s'observe surtout dans les altérations de la partie inférieure de la région dorsale et dans celles de la région lombaire, et au début de la maladie.

Devant l'American orthopedic Association, nous voyons encore à deux reprises différentes, en 1890 et en 1891, le docteur Lowett, de Boston, insister sur l'importance des déviations latérales dans l'étude diagnostique du mal de Pott. Pour lui, la déviation latérale est la règle dans les cas de mal de Pott dorsal ou lombaire au début, mais il s'agirait moins d'une rotation que d'un déjettement en masse sur le côté.

Reginald Sayre appuie l'opinion de Lowett, il rappelle un cas dans lequel la déviation ressemblait tellement à celle du mal de Pott, que pendant plusieurs jours il est resté dans le doute.

Tous les travaux antérieurs ont été repris, ordonnés et enrichis d'une nouvelle collection d'observations, par le professeur Kirmisson, dans sa Revue d'orthopédie à laquelle nous ferons de larges emprunts.

A l'heure actuelle, le fait particulier dont nous venons de parler est bien connu de tous. Tous les chirurgiens ont trouvé des cas où le diagnostic, entre la scoliose et le mal de Pott, présenta la plus grande difficulté.

Le but de ce travail est d'étudier quelques cas de scoliose pottique, observés dans le service de M. le professeur agrégé Nové-Josserand, de chercher s'il est possible d'en déduire quelques notions intéressantes, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du traitement.

Dans un premier chapitre, nous étudierons la scoliose pottique, les causes qui la font naître, les caractères qu'elle présente.

Dans un deuxième chapitre, nous comparerons ces symptômes avec ceux de la scoliose essentielle et nous verrons s'il est possible d'arriver à trouver des signes sûrs de diagnostic.

Nous terminerons en disant quelques mots du traitement.

CHAPITRE II

Caractères de la scoliose pottique. — Considérations pathogéniques

La scoliose pottique apparaît à des périodes différentes du mal vertébral et relève de causes différentes suivant sa période d'apparition. Les caractères qu'elle présente sont aussi variables, et en rapport avec la date de sa production. Il n'est donc pas possible d'en donner une étude d'ensemble. Nous allons étudier successivement :

- 1° La scoliose du début ;
- 2° La scoliose contemporaine de la gibbosité et des déformations osseuses ;
- 3° La scoliose symptomatique d'un abcès.

1° SCOLIOSE DU DÉBUT

a) *Etude symptomatique.* — Au début du mal de Pott, alors que celui-ci ne s'accompagne encore d'aucun autre symptôme, on voit souvent apparaître une déviation latérale du rachis.

En quoi consiste cette déviation ? Lorsqu'on fait marcher l'enfant, on constate une asymétrie plus ou moins marquée du dos, qui se traduit par une différence de niveau entre les deux omoplates. Les épaules ne sont pas d'aplomb, l'une est abaissée, l'autre est relevée. Des deux omoplates, l'une est plus élevée et plus écartée de la ligne médiane.

Le triangle des hanches, c'est-à-dire le triangle dessiné par la colonne d'une part et la crête iliaque d'autre part, est inégal ; obtus d'un côté, il est aigu de l'autre. On note de plus, en suivant la ligne des apophyses épineuses, une courbure plus ou moins accentuée, tantôt seule, tantôt associée à une autre courbure de compensation. Le siège de cette courbure et la direction de sa convexité sont des plus variables, puisqu'ils sont en relation directe avec la lésion osseuse qui affecte indifféremment l'une ou l'autre partie de la colonne vertébrale.

Généralement, à cette période, les signes de torsion de la colonne n'existent pas. On ne constate ni voussure des côtes, ni saillie anormale des apophyses transverses d'un côté de la région lombaire,

phénomènes, qui apparaissent rapidement dans la scoliose essentielle. On a plutôt l'impression d'un déjettement en masse sur un côté, d'une inclinaison du tronc sur le bassin. La photographie que nous avons annexée à ce travail, rend bien compte de ce déjettement en masse.

Dans la majorité des cas, cette attitude vicieuse est permanente, et s'accompagne d'un certain degré de raideur du dos. Lorsque l'enfant marche ou exécute des mouvements, on est frappé de son manque de souplesse. La colonne toute entière est transformée en une tige rigide qui se meut tout d'une pièce. C'est au moyen de ses articulations du bassin et des membres inférieurs que le malade exécute les mouvements qui, normalement, exigeraient la participation des articulations de la colonne. Veut-il ramasser un objet à terre, on le voit fléchir les jambes et incliner son bassin, en faisant jouer d'une façon anormale ses articulations coxo-fémorales. L'inclinaison de côté ou en arrière est également gênée.

Le malade accuse des phénomènes douloureux qui sont localisés tantôt dans l'abdomen, tantôt dans les membres inférieurs, tantôt dans la colonne vertébrale et qui sont accrus par la marche et le saut au point de rendre ces derniers mouvements impossibles. Mais il est des cas dont notre observation 8 est le type dans lesquels ces symptômes douloureux font défaut. L'enfant marche, court, saute, garde une certaine souplesse de son rachis. Les seuls signes caractéristiques sont alors l'attitude

vicieuse, une démarche un peu hésitante et de la faiblesse des jambes qui se traduit par des chutes fréquentes.

Nous voudrions mettre en relief ce fait que la coexistence de la déformation du dos avec cette démarche est un élément sérieux de probabilité en faveur du mal de Pott, alors que tous les autres signes font défaut.

Ces déformations du dos disparaissent à peu près toujours lorsque l'enfant est au repos depuis un certain temps, mais elles réapparaissent promptement pendant la station debout et la marche.

b) Pathogénie. — Quelle est la cause de ces déviations latérales au début ? « Leur variabilité, leur disparition rapide sous l'influence du repos nous permettent d'éliminer les altérations osseuses ou les vices de structure que l'on rencontre dans la scoliose idiopathique. Il n'y a pas, en effet, de déformation des surfaces articulaires, ni des ligaments, pas plus que de diminution de hauteur des corps vertébraux dans le sens de la concavité.

Nous avons donc affaire à ce genre de déviations que Bouvier a si bien décrites sous le nom d'attitudes.

A la contraction musculaire seule, doit être rapportée la cause de ces attitudes. Sous l'influence de la lésion tuberculeuse, en effet, il se produit un spasme d'origine réflexe, immobilisant la colonne vertébrale de façon à empêcher les mouvements douloureux. Cette vigilance musculaire, intervenant

pour immobiliser une région malade, est d'ailleurs constante en pathologie.

Pareil phénomène se produit dans les affections douloureuses du cou. Dans les phlegmons, dans les adénites cervicales, par exemple, la tête s'incline du côté malade, l'épaule s'élève, la torsion du cou s'établit, la déviation est complète et portée quelquefois au plus haut degré. Néanmoins, il ne s'agit que d'une attitude vicieuse, provoquée par la douleur à laquelle le malade cherche à se soustraire et qui disparaît avec celle-ci.

L'existence de ces contractures a, du reste, été bien mise en évidence par Besson, dans sa thèse. Cet auteur rapporte plusieurs cas de déviations de la colonne vertébrale, consécutives à des altérations rénales aiguës et il montre le rôle joué par le spasme musculaire.

Sans doute, les cas qui nous occupent ne sont pas absolument identiques. Il ne s'agit pas ici d'une inflammation aiguë, les phénomènes douloureux ne sont pas intenses, ils peuvent même ne s'être pas encore produits. Mais il n'en existe pas moins dans le corps des vertèbres une lésion sourde qui irrite les filets nerveux sensitifs et provoque la contraction. N'est-ce pas là un phénomène analogue à celui qui se produit chez les sujets atteints de coxalgie ? Ici aussi l'articulation est encore indemne, les lésions sont cantonnées dans la profondeur de la tête fémorale, et cependant les plans musculaires avoisinant l'articulation sont immobilisés par un spasme qui

interdit tout mouvement au membre inférieur malade.

Il n'y a donc pas de doute, le spasme musculaire est le seul agent de ces sortes de déviations.

Mais quand le dos, malgré sa déviation, a conservé sa souplesse, on ne peut guère invoquer la contracture musculaire, qui, alors, produirait la rigidité de la colonne. L'interprétation pathogénique est des plus difficiles, on ne peut guère que raisonner par analogie et rapprocher ces faits de ceux qui se passent au début de la coxalgie alors que la contracture musculaire n'existant pas encore, on voit le membre se placer spontanément en abduction et en rotation en dehors.

2^o SCOLIOSE CONTEMPORAINE DE LA GIBBOSITÉ ET DES DÉFORMATIONS OSSEUSES

a). Etude symptomatique. — A cette période, la scoliose existe rarement seule, elle est presque toujours associée à un certain degré de cyphose. Tantôt cette cyphose se borne à la saillie de deux ou trois vertèbres, tantôt elle présente un grand rayon de courbure et affecte la forme de la gibbosité angulaire et médiane classique.

La déviation latérale est alors peu accentuée et n'intéresse qu'une faible portion du rachis,

Les signes de torsion qui n'existaient pas à la période de début font ici leur apparition et se traduisent par la voussure des côtes et la saillie des apophyses transverses lombaires. Le sujet dont nous racontons l'histoire, dans notre observation VI, est un cas type de cette scoliose osseuse. Il présentait les déformations thoraciques habituelles de la scoliose essentielle.

A cette période, le tableau clinique se complète habituellement par l'existence d'abcès par congestion ou de troubles nerveux, paraplégie, fourmillement, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde.

b). *Pathogénie.* — La contracture musculaire qui agissait dans la période précédente, peut-elle continuer son action au moment de l'effondrement des corps vertébraux et arriver à produire cette déviation latérale surajoutée à la cyphose angulaire? C'est très probable, mais ce n'est pas là le mécanisme habituel. Lannelongue, dans son traité de la tuberculose vertébrale, en explique la production de la façon suivante : « Le foyer de destruction étant médian et symétrique, dit-il, le segment supérieur du rachis s'abaisse dans le plan vertical antéro-postérieur; mais, par exception, de nouvelles combinaisons peuvent se produire. L'inclinaison, en effet, s'effectue parfois obliquement d'un côté ou de l'autre et il s'opère alors un changement de rapport d'un nouveau genre, comparable à une luxation. Les deux tronçons vertébraux venant à la rencontre l'un de

l'autre ne se correspondent plus exactement. Le supérieur se dévie latéralement, en sorte que les deux extrémités ne se touchent que par un point de leur surface ou même par leur bord opposé. Cette luxation par déplacement latéral est généralement incomplète. La luxation latérale est toujours formée par le déplacement du tronçon supérieur. On ne doit pas la confondre avec l'inflexion latérale qui peut exister sans luxation.»

III. — SCOLIOSE SYMPTOMATIQUE D'UN ABCÈS PAR CONGESTION

A) Etude symptomatique. — L'abcès par congestion est souvent un des premiers signes par lesquels se révèle l'existence d'un mal vertébral. Ces abcès, qui cheminent le long de la colonne, pour arriver dans les fosses iliaques, sont fréquemment la cause de déviations latérales du rachis. Ces déviations présentent tous les signes de la scoliose du début : différence de niveau des deux omoplates, inégalité des triangles des hanches, mais elles ont ceci de particulier, c'est que leur siège principal est la région lombaire et qu'elles peuvent être très considérables. « Les énormes déviations latérales que l'on voit apparaître en peu de temps, au cours du mal vertébral, dit Kirmisson, paraissent surtout en

rapport avec le développement de volumineux abcès par congestion ».

Quand on examine attentivement une de ces scolioses, on a très nettement l'impression d'une inclinaison latérale, par raideur, analogue aux scolioses consécutives aux lésions rénales.

B) Pathogénie. — Quel est le mécanisme de la production de ces scolioses liées à l'existence d'un abcès par congestion? Ici encore, on doit faire intervenir la contracture réflexe dont nous avons longuement parlé dans la discussion pathogénique de la scoliose du début. La contracture musculaire qui, dans les cas de phlegmon du cou, incline latéralement la colonne cervicale du côté affecté, agit de même dans les cas d'abcès par congestion, pour incliner la colonne du côté de l'abcès.

De l'étude que nous venons de faire, il résulte que les déviations latérales du rachis peuvent apparaître à toutes les périodes du mal vertébral; mais un point intéressant à noter est leur fréquence relative. « N'y a-t-il pas quelque exagération à prétendre, avec Bartow, que dans l'immense majorité des cas du mal de Pott au début, il existe un certain degré de rotation de la colonne vertébrale, capable d'en imposer pour de la scoliose? C'est ce que nous ne pouvons préciser. A ne consulter que notre statistique personnelle, dit Kirmisson, nous voyons que cette déviation se produit dans un cinquième des cas. Du reste, il est bien possible qu'il s'agisse uniquement ici d'une question de degré. Les cas seuls

de déviation latérale assez prononcée ont été signalés; peut-être en examinant de très près les malades à cet égard, trouverait-on que les déviations latérales minimales sont en réalité beaucoup plus fréquentes. C'est là une question dont la solution définitive appelle de nouvelles recherches, à l'aide d'appareils mesurateurs exacts ».

Il est une autre question à examiner, de laquelle on a espéré tirer un élément de diagnostic certain entre la scoliose essentielle et la scoliose pottique: je veux parler de la rotation de la colonne vertébrale. Dans la scoliose essentielle, en effet, il y a à la fois inclinaison de la colonne vertébrale et torsion de celle-ci sur son axe. Dans la déviation latérale pottique, y a-t-il simple inclinaison de la colonne sur un des côtés, ou a-t-on affaire à une véritable torsion?

« La question, dit Kirmisson, a été diversement jugée par les auteurs. Tandis, en effet, que Bartow croit à l'existence, dans l'immense majorité des cas de mal de Pott, d'un certain degré de rotation de la colonne vertébrale, Lowett, au contraire, estime qu'il s'agit moins d'une rotation que d'un déjettement en masse du tronc sur un des côtés, à droite le plus souvent. Pour notre part, il nous semble que les deux espèces de difformités peuvent être rencontrées. Qu'il y ait des cas dans lesquels on observe une torsion véritable, c'est ce qui ne saurait être nié et la confusion devient alors facile avec la scoliose. Mais, si je me reporte aux faits qu'il m'a été donné de rencontrer, il me semble que les déviations latéra-

les, accompagnant le mal de Pott consistent surtout en une inclinaison en masse sur un des côtés. Ce serait même là, selon nous, un des éléments de diagnostic entre la scoliose et le mal vertébral, la torsion du rachis appartenant surtout à la première, tandis que l'inclinaison en masse du tronc est plutôt un caractère du mal de Pott. »

De l'étude que nous avons faite, il paraît résulter qu'au point de vue de l'existence ou de la non-existence de la torsion, il faut tenir compte de la période d'apparition de la scoliose. Dans la scoliose du début, en effet, la torsion est exceptionnelle. Tout se borne à une simple inclinaison, en masse, sur un des côtés. Dans la scoliose contemporaine de la gibbosité, au contraire on note très souvent les déformations thoraciques habituelles de la scoliose essentielle : voussure des côtes d'un côté, saillie des apophyses transverses de la région lombaire.

Ceci, d'ailleurs, est bien en rapport avec ce que dit Kirmisson, dans sa Revue d'Orthopédie : « Il est évident que les deux modes de déformation ne sauraient reconnaître une même pathogénie. Qui dit torsion, dit, en effet, déformation osseuse ; tandis que la simple inclinaison en masse sur un des côtés peut parfaitement être le résultat d'une contracture musculaire, indépendamment de toute déformation osseuse. »

CHAPITRE III

Diagnostic.

Nous avons étudié, successivement, dans le précédent chapitre, les caractères et la pathogénie des déviations latérales au cours du mal vertébral, il nous reste à en étudier le diagnostic.

Il existe deux sortes de scolioses pottiques, dont le diagnostic est des plus faciles et qui ne pourraient donner lieu qu'à des erreurs de diagnostic tellement grossières, que nous ne nous y arrêtons pas. Ce sont les deux dernières variétés étudiées, la scoliose contemporaine de la gibbosité et la scoliose par abcès, par congestion. Dans le premier cas, en effet, la coexistence de la gibbosité angulaire et médiane, classique, dans le second cas, l'existence de l'abcès, signature de la lésion osseuse spécifique, lèveront tous les doutes.

Il est des cas cependant où la scoliose symptomatique de l'abcès est difficile à diagnostiquer, nous

voulons parler des cas où l'abcès, étant très petit, est situé très profondément. La radiographie pourra alors rendre des services ; mais il est une pratique dont il ne faudra jamais se départir, c'est l'exploration minutieuse et systématique des flancs et des fosses iliaques, siège habituel des abcès. Notre observation I est un exemple frappant de scoliose lombaire, due à un abcès situé très profondément et dont le diagnostic fut des plus difficiles.

Nous ne nous arrêterons pas non plus à la cyphoscoliose rachitique, dont le diagnostic est singulièrement facilité par l'existence d'autres lésions rachitiques, déformations de la tête et des membres, chapelet costal, viciation du bassin, etc.

Le diagnostic se limite donc entre la scoliose pottique au début et la scoliose essentielle. Il y a urgence dans les deux cas à formuler un diagnostic précoce. L'accélération des lésions osseuses, l'effondrement des corps vertébraux seraient, en effet, la conséquence du traitement orthopédique d'une scoliose pottique méconnue. D'autre part, l'immobilisation d'une scoliose essentielle amènerait l'ankylose rapide et des déviations irrémédiables.

Sur quels signes nous appuierons-nous pour formuler le diagnostic ? Quels sont les symptômes qui nous permettront de dépister le mal vertébral et la scoliose essentielle ?

Nous allons étudier les quatre éléments suivant que nous envisageons successivement dans le mal de Pott et dans la scoliose.

1^o Caractères de la déformation ;

2^o Raideur du rachis ;

3^o Symptômes douloureux.

4^o Antécédents. — Signes à distance et en particulier troubles nerveux des membres inférieurs.

1^o *Caractères de la déformation.* — La scoliose, vulgaire au début, se manifeste surtout par des signes périphériques que nous avons déjà signalés en partie. Ces signes sont : le défaut d'aplomb des épaules, la différence de niveau des deux omoplates et leur inégal écartement de la ligne épineuse, la déformation du triangle des hanches. Les signes de torsion commencent à faire leur apparition, et on peut constater parfois déjà, une voussure des côtes et une saillie anormale des apophyses transverses de la région lombaire.

De plus, la scoliose essentielle se montre le plus souvent chez les jeunes filles, au moment de la puberté. Elle affecte habituellement la forme de courbures dorsales dont la convexité est dirigée à droite. Vient ensuite, par ordre de fréquence, la courbure lombaire gauche. Les autres déviations ne sont que des variétés plus ou moins exceptionnelles.

Il n'en va pas ainsi dans la scoliose pottique. Et d'abord, on la voit survenir indifféremment, avec une égale fréquence, à tout âge, dans les deux sexes.

La courbure unique ou double est sans siège exact ni direction spéciale. Toute anomalie dans le siège

et la direction devra éveiller l'attention en faveur du mal de Pott.

De plus, les signes de torsion font totalement défaut. On a plutôt l'impression d'un déplacement latéral, d'une inclinaison en masse de la colonne sur le bassin.

La déformation dans le sens antéro-postérieur n'existe pas encore, mais ne tarde pas à se montrer sous la forme d'une saillie plus ou moins considérable d'une ou plusieurs apophyses épineuses, simple relief d'abord, arrivant bientôt à constituer la gibbosité. Mais il ne faudrait pas croire que toute déformation antéro-postérieure signifie mal de Pott. Chez les enfants, on constate souvent, au niveau de la région lombaire, un fort développement des apophyses épineuses. La cambrure normale est alors remplacée par une légère convexité en arrière. Cette déformation physiologique devient plus sensible quand il existe du dos plat dans la région dorsale. On a alors une disparition complète de la cyphose dorsale normale, avec courbe de compensation dans les régions cervicale et lombaire. Cette disposition paraît, de prime abord, être assez anormale, et fait penser au mal de Pott.

La scoliose peut aussi exister avec un certain degré de dos rond. Il faut admettre que le dos rond qui augmente rapidement est un mal de Pott.

2. *Raideur du rachis.* — La rigidité de colonne la est un signe d'une valeur diagnostique plus grande, et on peut dire que, lorsqu'elle existe d'une façon

bien nette, le diagnostic est presque certain.

Mais, là encore, de grandes difficultés surgissent au point de vue de l'appréciation de la rigidité.

Il y a des maux de Pott qui, au début, laissent persister une souplesse assez grande, presque normale du dos. Nous possédons plusieurs observations d'enfants porteurs d'un mal vertébral indiscutable, et ayant conservé la liberté de tous leurs mouvements, pouvant marcher, courir, sauter, s'incliner latéralement et en avant. Il faut, d'autre part, apprendre que les enfants peuvent très bien immobiliser des segments malades et faire des mouvements assez étendus, en exagérant la mobilité des segments voisins.

Il est des cas, assez rares, il est vrai, de scoliose rigide. L'enfant se meut avec sa colonne lombaire, tandis qu'il immobilise sa colonne dorsale. C'est dans le dos rond et le dos plat que cette particularité a été signalée. On peut admettre toutefois, d'une façon générale, que dans la scoliose essentielle, la colonne conserve la souplesse, tandis que dans le mal de Pott, elle est transformée en une tige rigide.

3° *Symptômes douloureux.* — Dans le mal de Pott on observe des douleurs irradiées à l'abdomen et aux membres inférieurs. De plus, le long de la colonne vertébrale, en un point toujours le même, la pression, les mouvements, la marche et le saut éveillent une douleur plus ou moins vive.

La scoliose est habituellement indolente. Cependant très souvent au début, on peut constater des

phénomènes douloureux, non pas localisés dans le rachis, mais sur les côtés et plus spécialement à l'angle postérieur des côtes. Il existe même des cas dans lesquels la douleur peut être rapportée au niveau d'une apophyse épineuse, toujours la même. M. le professeur Nové-Josserand a eu l'occasion d'observer un enfant qui, pendant de longs mois, présentait une douleur vive à la pression, sur une apophyse épineuse. Cet enfant présentait, en même temps, une scoliose. L'évolution de la maladie permit de constater qu'on se trouvait en présence d'une véritable scoliose essentielle et que la douleur n'était qu'un phénomène surajouté.

Les scoliotes douloureuses paraissent surtout coïncider avec le nervosisme. De l'analyse des quelques observations que nous possédons, il résulte, en effet, que les sujets atteints de formes douloureuses de scoliose, avaient présenté antérieurement des troubles nerveux assez accusés.

A Marie-Jeanne, eut, au cours de son enfance plusieurs attaques de chorée. A un premier examen, elle ne signalait qu'une douleur très nette, au niveau des apophyses épineuses des 3^e et 4^e lombaires. A un second examen, on peut constater que la douleur était moins nette au point signalé, et des plus vives dans la région dorsale moyenne. Un autre point douloureux fut encore trouvé au niveau d'une crête iliaque. En présence de l'instabilité de ces douleurs, on procéda à la recherche des stigmates nerveux qui apparurent des plus nets. On trouva successive-

ment des zones d'hypéresthésie et de l'anesthésie pharyngée et cornéenne.

D. . . . Marie-Madeleine est aussi une nerveuse. Elle fut traitée à Saint-Ferdinand, pour une neurasthénie consécutive à un traumatisme. Elle présente encore actuellement, une hypéresthésie généralisée à gauche. Les réflexes conjonctival et pharyngé sont diminués. On trouve une plaque douloureuse nette à la région sacrée et sur le vertex.

4^e Antécédents. Signes à distance. — L'étude approfondie des antécédents héréditaires et personnels éclairera parfois singulièrement la question. Nous aurons de fortes présomptions en faveur du mal vertébral si l'enquête faite sur les antécédents du malade nous apprend qu'il est de souche tuberculeuse, ou qu'il a été atteint depuis peu d'une de ces maladies de la première enfance, qui ouvrent si souvent la porte à l'infection par le bacille de Kock.

De plus, l'évolution de la scoliose pottique présente quelque chose de caractéristique. La scoliose essentielle, elle, procède avec lenteur, et n'arrive qu'au bout d'un temps assez long à son état définitif. Ce n'est, d'abord, qu'une légère courbure à peine appréciable, une différence à peine sensible entre le niveau des deux omoplates. Peu à peu, la courbure s'accroît, la différence de niveau entre les deux omoplates s'accuse de plus en plus, pour arriver après de longs mois à la constitution de la scoliose-type. Dans la scoliose pottique, la déviation marche souvent avec rapidité, et, en quelques semaines, on

peut voir se constituer des déviations considérables.

Des troubles nerveux sont constatés parfois, dans la scoliose pottique au début, en relation, soit avec un abcès par congestion qui comprime la moëlle, soit avec un certain degré de méningite. Ce sont, la plupart du temps, des douleurs en ceinture, des fourmillements dans les jambes, quelquefois même, un certain degré de paraplégie.

Il est évident que dans la scoliose essentielle, on ne constatera rien de pareil, ou tout au moins les phénomènes nerveux qui pourront coexister ne présenteront pas les mêmes caractères, ni la même stabilité.

Il est bon d'ajouter que les troubles nerveux dont nous venons de parler, sont rarement très accusés dans la scoliose pottique au début.

Au point de vue pratique, nous arrivons à cette conclusion, qu'il n'y a pas d'élément absolu permettant d'établir le diagnostic, et que, le plus souvent, il faudra conclure en se fondant plutôt sur l'ensemble des signes, que sur tel ou tel signe en particulier.

Il faut même aller plus loin, il faut savoir ne pas chercher à trancher d'emblée le diagnostic d'une façon définitive. Il est des cas douteux où il est sage de ne poser le diagnostic qu'à l'expiration d'une période d'observation plus ou moins prolongée. Sans instituer encore le traitement grave du mal de Pott, sans laisser, d'autre part, aux enfants, la liberté qu'on accorde aux scolioses, il faut instituer un traitement d'attente, qui consiste surtout à maintenir

les malades au lit, et à les faire reposer le plus possible.

Si l'on place le malade dans cette position pendant un certain temps, qu'il ne sera pas nécessaire de prolonger outre mesure pour confirmer ou infirmer un diagnostic douteux, on verra, s'il s'agit réellement d'un mal vertébral en voie d'évolution, les déviations latérales du rachis disparaître ou être améliorées d'une façon notable. Les vertèbres malades n'ayant plus de poids à supporter, les phénomènes d'irritation seront amoindris, les douleurs disparaîtront, les contractures musculaires seront diminuées ou abolies, et ces courbures, que l'on constatait quand l'enfant était debout, céderont à ce repos forcé de la colonne vertébrale.

De semblables faits ont été observés par Lowett, qui résume dans *Boston Medical and Surgical*, journal de 1890, deux observations concluantes :

A) Une jeune fille de dix ans est venue à Childrens' Hospital avec une déviation latérale de 8°, se présentant dans le mal de Pott, et ce cas était exceptionnellement grave. Elle fut mise au lit, munie d'un appareil à extension et des mensurations furent prises toutes les semaines dans la station verticale.

La difformité a diminué progressivement depuis la 1^{re} mensuration, et dans l'espace de cinq semaines a été réduite de 8° à 2°.

B) Un garçon de 5 ans, vu à la même époque avec une semblable difformité, fut traité de la même manière à Samaritan-Hospital, et, après 5 semaines

d'un décubitus constant avec extension, la difformité était réduite de 8° à 3°.

Il conclut ainsi : « Ces cas ont été si longtemps traités par le décubitus, non parce que c'était absolument nécessaire, mais pour observer la rapidité de la guérison. »

S'il s'agit d'une scoliose essentielle, obtiendrons-nous par ce moyen des modifications aussi rapides et des améliorations aussi marquées ? Assurément non. On n'a plus affaire ici à des courbures provoquées seulement par des contractures musculaires, mais à de véritables vices de structure, acquis ou provoqués dans la configuration anatomique des vertèbres elles-mêmes, des ligaments et des disques intervertébraux.

Il y a bien des contractions des muscles chargés de maintenir l'équilibre du rachis et du tronc, contractions de certains groupes qui prédominent sur les groupes antagonistes et dont la synergie doit concourir à la stabilité normale ; mais ces contractions n'étant point sous la dépendance d'un spasme douloureux, dû à une irritation localisée, ne céderont pas à ces mêmes moyens, qui, dans le mal vertébral, ont pour but de supprimer la cause essentielle, c'est-à-dire les phénomènes d'irritation. Aussi verra-t-on, au contraire, ces déviations franchement scoliotiques, non - seulement persister malgré le décubitus dorsal, mais encore suivre leur marche chronique et progressive.

Nous ne voulons pas dire par là que dans certains cas de scoliose, au début, la position horizontale ne

pourra venir en aide à aucun autre traitement approprié, mais jamais les résultats obtenus ne revêtiront le caractère d'amélioration considérable et surtout presque subite qu'elle présentera, s'il s'agit d'un mal de Pott en voie d'évolution.

Nous ne voulons pas terminer ce travail sans parler d'un fait dont le diagnostic est des plus embarrassants : nous voulons parler du mal de Pott venant se greffer sur une scoliose.

Nous allons esquisser rapidement une observation reproduite dans la thèse de Badin.

Madame veuve C... est âgée de 48 ans, et se présente le 14 mars 1895, à la polyclinique de Bordeaux, avec une déviation de la colonne vertébrale qu'elle a constatée depuis deux ans.

Interrogée sur ses antécédents héréditaires, elle nous apprend que son père, âgé de 84 ans, et sa mère, de 74, vivent encore et sont bien portants. Elle a sept frères ou sœurs qui jouissent d'une parfaite santé.

Elle n'a jamais été malade. Mariée, elle a eu quatre filles qui sont bien portantes.

A l'examen, on constate des douleurs en ceinture excessivement vives, augmentées par la pression sur les côtes et les apophyses épineuses.

Une cyphose très prononcée occupe toute la partie supérieure de la colonne dorsale. Gibbosité très manifeste au niveau des 5^e, 6^e, 7^e dorsales. Déviation latérale du rachis, avec convexité droite dans la région dorsale, courbure de compensation à convexité gauche dans la région lombaire.

Le bassin présente une déviation très prononcée.

L'épine iliaque antéro-supérieure droite est portée en haut et en avant.

On constate aussi une inégalité de longueur des membres inférieurs. Le membre inférieur gauche, de la malléole externe au grand trochanter, mesure 67 centimètres, le droit, 73 centimètres.

La malade nous dit que dans sa jeunesse elle a présenté de la scoliose, et qu'elle s'est toujours aperçu que sa hanche droite était plus développée que la gauche.

Que devons-nous conclure de ce fait? C'est que nous nous trouvons ici en présence d'une scoliose ancienne, nullement symptomatique d'un mal de Pott, qui est venu se greffer tardivement sur la première affection. Cette scoliose a présenté un point de moindre résistance, au niveau de la jonction des deux courbures. En ce point, un processus morbide a évolué lentement, et a donné lieu à la formation d'une gibbosité très manifeste, symptôme non équivoque d'un mal vertébral.

On devra s'inspirer, pour le diagnostic, de ce que nous avons dit plus haut, et rechercher avec le plus grand soin les troubles nerveux et les abcès par congestion, pathognomoniques du mal vertébral.



OBSERVATION I

Mal de Pott lombaire. — Scoliose liée à l'existence d'un abcès par congestion.

V..., Marie est âgée de 10 ans.

On ne possède aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Elle a fait un séjour à Giens, d'où elle revient en septembre 1898. Elle y a présenté des phénomènes d'albuminurie dus probablement à une scarlatine antérieure. Le 22 septembre, crises d'urémie avec accès subintrants. L'albumine a persisté dans les urines, quoique en moindre quantité.

Elle entre, le 12 janvier 1899, dans le service du docteur Nové-Josserand.

Depuis un an, elle se plaint de sa jambe droite, quand elle est lasse. Depuis quinze jours, elle s'incline de côté en marchant et elle boite.

Les mouvements des deux hanches sont parfaitement libres. On est frappé de la saillie de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, qui est assez fortement remontée. La jambe, de ce côté, présente un raccourcissement apparent d'environ un centimètre.

La mensuration ne montre pas de différence de longueur entre les membres inférieurs.

Lorsqu'on regarde l'enfant par derrière, on voit que la hanche droite est très saillante.

L'axe vertical du bassin fait, avec l'axe vertical du corps, un certain angle qui se traduit par une courbure de la colonne à convexité droite, dont le sommet est au niveau de la première vertèbre lombaire, et qui détermine une légère courbe de com-

pensation de la région dorsale supérieure à convexité gauche.

L'omoplate droite a son angle inférieur très rapproché de la colonne vertébrale.

Bref, on a tous les signes d'une scoliose lombaire à convexité droite avec courbure de compensation dorsale.

Les vertèbres correspondant au sommet de la courbure sont plus saillantes qu'à l'état normal. Il n'y a cependant à ce niveau aucune douleur à la pression et l'enfant ne se plaint jamais de son dos, même pendant le saut. Lorsqu'elle marche, cependant, elle le fait avec hésitation et en s'inclinant beaucoup du côté gauche.

À l'examen du ventre, on sent, non pas dans la fosse iliaque proprement dite, mais plus en dedans, à peu près sur le trajet des vaisseaux, une tuméfaction profonde, indolore, arrondie et qui paraît fluctuante.

Rien dans le flanc gauche.

Le 1^{er} mars, application d'un corset plâtré,

Le 14 juin, la malade rentre de Longchêne où elle a fait un séjour. La tuméfaction de la fosse iliaque a sensiblement grossi. Elle descend maintenant jusqu'au niveau de l'arcade crurale, dessinant la forme du muscle psoas. La masse est toujours dure, la fluctuation paraît douteuse.

Le 22 juin, ponction de la tuméfaction. Le diagnostic d'abcès par congestion est confirmé par l'issue abondante de pus.

Le 21 septembre, nouvelle ponction de l'abcès qui s'est reformé.

Le 24 février 1900, la malade rentre dans le service. On sent toujours au niveau des dernières vertèbres lombaires que les apophyses épineuses sont plus saillantes que normalement.

La scoliose existe toujours avec ses deux courbures :

1^o Courbure inférieure lombaire comprenant aussi le bassin, à convexité droite :

2^o Courbure supérieure dorsale, à convexité gauche.

Au niveau du point où se trouvait l'abcès par congestion, on trouve une zone d'induration nette. Pas de fluctuation, ni de sensation de résistance.

OBSERVATION II

Mal de Pott dorsal. Scoliose à convexité gauche.

M., Julie, âgée de 7 ans 1/2, ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Elle a payé un large tribut aux maladies de l'enfance et a eu successivement la coqueluche, la rougeole, la varicelle, la diphtérie.

L'affection actuelle est reconnue depuis trois mois seulement, mais existait déjà depuis un temps que ni la mère ni l'enfant ne savent préciser. L'enfant présentait une déviation latérale de la colonne vertébrale, mais ne souffrait pas. Le port d'un corset plâtré n'arrêta pas la marche progressive de la maladie.

Entrée à Sainte-Amélie le 15 septembre 1898.

A ce moment, on constate que le rachis présente une courbure latérale à convexité gauche. Au niveau de la IX^e dorsale, saillie d'une apophyse épineuse. L'épaule gauche et l'omoplate du même côté sont relevées, saillie de la hanche gauche.

La percussion du rachis ne révèle pas de points douloureux, mais la pression sur la tête réveille la douleur au niveau de l'apophyse saillante.

L'enfant ne peut ramasser un objet sans fléchir les jambes et maintenir sa colonne rigide. Quand elle s'assied, elle est obligée de se soutenir au bout de peu de temps avec ses bras. Le saut est impossible, à cause des douleurs et de la rigidité de la colonne.

On ne trouve pas d'abcès par congestion. Les réflexes sont un peu exagérés à droite. Pas de troubles sensitifs, ni moteurs. Pas de fourmillements dans les jambes.

L'état général est satisfaisant. L'enfant tousse un peu, mais l'auscultation ne révèle rien de particulier.

En janvier 1899, application d'un corset.

OBSERVATION III

Scoliose dorsale supérieure. Mal de Pott cervical (?)

R., Jeanne, 6 ans, entre à Sainte-Amélie le 21 décembre 1899.

Ses parents sont bien portants. Deux de ses frères sont morts en bas âge. Trois autres sont vivants et en bonne santé.

Nourrie au sein, l'enfant a marché à onze mois. A l'âge de trois ans, elle a eu des convulsions ; plus tard, la coqueluche ; l'an dernier, la rougeole.

Actuellement, elle présente une scoliose dorsale supérieure au début et peut-être un mal de Pott cervical.

Mise en pension, il y a trois mois, elle n'était, à ce moment, ni déformée, ni souffrante. Dimanche dernier seulement, les parents s'aperçurent qu'elle marchait en se tenant voûtée, la tête inclinée sur l'épaule gauche. Elle parlait plus difficilement. Sa voix était affaiblie. Elle se plaint seulement, après les repas, de douleurs dans l'abdomen, du côté gauche. Aucune douleur le long de la colonne, à aucun niveau.

Le 12 janvier 1900, application d'un corset plâtré.

OBSERVATION IV

Mal de Pott au début. Différence de niveau des deux omoplates

T., Marguerite, âgée de 4 ans, entre le 3 février 1899 à Sainte-Amélie.

Les parents ont remarqué qu'elle ne se tenait pas droite depuis plusieurs mois. Elle ne se plaint d'aucune douleur.

A l'examen, on remarque que la douzième dorsale et la première lombaire font un peu plus saillie qu'à l'état normal et que la partie correspondante du dos présente à ce niveau une petite voussure. On constate, d'autre part, que l'omoplate droite est un peu plus basse que celle du côté gauche. Elle a subi un léger mouvement de bascule, qui porte en dedans son angle inférieur. La ligne des apophyses épineuses est parfaitement droite. Pas de voussure appréciable des côtes. Les triangles des hanches sont égaux.

La pression sur la colonne révèle un point douloureux très net et constant au niveau de l'apophyse épineuse de la douzième dorsale.

Dans la flexion forcée en avant, l'enfant accuse une légère douleur au niveau de la même vertèbre, mais elle peut marcher, sauter, sans éprouver aucune douleur.

Les fosses iliaques sont libres.

Du côté des membres inférieurs, on trouve un peu d'exagération des réflexes, sans autres symptômes.

Bon état général.

Le 8 février 1899, corset plâtré.

OBSERVATION V

Mal de Pott. Cypho-scoliose

C., Claude-Marie, âgé de 7 ans, entre à Saint-Pierre le 12 mai 1899 porteur d'une fistule au-dessous du scrotum, d'une synovite de la bourse séreuse du grand cul-de-sac du genou droit et d'une déviation de la colonne, que nous allons étudier plus spécialement.

L'examen du dos montre un léger degré de scoliose totale à

convexité gauche qui se traduit par une légère déviation de la ligne épineuse.

L'omoplate gauche est plus saillante, plus élevée et plus éloignée de la ligne médiane que la droite.

La hanche gauche est effacée, la hanche droite est plus saillante.

On constate de plus une tendance à la production d'une cyphose totale dont le sommet serait au niveau de la huitième dorsale.

L'enfant ne se plaint pas de son dos. Pas de douleur spontanée, ni provoquée.

La palpation des fosses iliaques ne révèle aucun abcès.

Pas de troubles nerveux.

L'enfant peut se tenir debout, mais paraît se fatiguer assez vite. Il cherche dans la position assise à s'appuyer sur ses mains.

Le 29 mai, resection de cinq apophyses épineuses et application d'un corset plâtré.

Le petit malade est revu le 7 février 1900 : dans le dé cubitus ventral, on constate une faible voussure qui tend à s'accuser sitôt que le malade est assis ou debout.

Le saut est impossible.

Dans la marche, la jambe droite est traînante. Pas d'abcès. Pas de troubles nerveux appréciables.

OBSERVATION VI

Mal de Pott avec cyphose légère et scoliose Abcès par congestion révélé par la radiographie

V., Auguste, âgé de 8 ans 1/2.

L'enquête sur les antécédents héréditaires et collatéraux ne révèle rien de particulier.

Les antécédents personnels sont nuls.

Il y a un an, le petit malade a commencé à se plaindre de douleurs dans le dos, survenant par moment, assez fortes et pendant lesquelles l'enfant ne pouvait pas se tenir droit sans soutenir son thorax en appuyant ses mains sur ses cuisses. Ces douleurs ont persisté pendant un an. Elles disparaissaient dès que le malade se couchait. Elles ont cessé pendant tout le temps qu'il a porté un corset plâtré et tendent à revenir maintenant que ce corset a été enlevé.

Pendant longtemps, les douleurs ont existé seules. L'enfant a fait plusieurs séjours dans un service de médecine sans qu'on ait jamais noté de déformation rachidienne.

Il y a six mois, la mère aurait remarqué une saillie correspondant aux apophyses épineuses de la région dorsale inférieure.

Depuis trois mois, toujours au dire de la mère, l'inclinaison latérale se serait produite.

Immobilisation dans un corset plâtré pendant deux mois. Ce corset a été enlevé il y a huit jours.

Entrée dans le service du docteur Nové-Josserand le 10 août 1898, salle Saint-Pierre.

On constate à ce moment une déviation latérale du rachis, présentant une grande courbure à convexité gauche, ayant son sommet au niveau de la 11^e dorsale, avec une petite courbure de compensation lombaire et sans courbure de compensation cervicale, de telle sorte que la rectitude de la colonne n'est pas rétablie et que le fil à plomb, passant au niveau de la protubérance occipitale externe et de la ligne des apophyses épineuses cervicales, passe à deux bons centimètres à droite de la rainure interfessière.

Les déformations thoraciques dépendant de cette inclinaison sont sensiblement les mêmes que dans une section ordinaire. L'épaule gauche et l'omoplate gauche sont remontées, par rapport au côté opposé. Les côtes du côté gauche font, sur toute la hauteur du thorax, un relief marqué. Les épines iliaques sont à peu près à la même hauteur, mais la crête iliaque du côté droit est beaucoup plus saillante, tandis qu'elle est, au contraire, effacée à gauche.

L'examen du rachis révèle en plus que les apophyses épineuses des 9^e, 10^e et surtout 11^e dorsales sont plus saillantes que

les autres. La pression et la percussion à ce niveau sont indolores. De plus, la pression sur la tête et sur les épaules ne réveille pas de douleurs.

Cependant l'enfant, pour se baisser, appuie instinctivement ses mains sur ses cuisses. Lorsqu'on le fait rester debout, il a de la tendance à prendre un point d'appui avec ses mains, sur les objets qui l'entourent.

Il ne peut pas sauter ou saute difficilement et avec crainte et accuse presque toujours à la suite de ce mouvement une sensation douloureuse qu'il reporte au niveau des vertèbres saillantes. L'éponge chaude promenée sur la colonne vertébrale, ne donne pas de sensation de douleur.

Les fosses iliaques sont libres.

Les réflexes paraissent normaux, pas de sensations anormales dans les membres inférieurs.

Pas de différence de longueur des membres inférieurs.

Quelques jours plus tard, on sent un peu d'empêchement dans la fosse iliaque droite, sans pouvoir affirmer l'existence d'un abcès.

Le 18 août, radiographie du petit malade, qui permet de constater une lésion osseuse au niveau de la 12^e dorsale et un abcès remontant jusqu'au niveau de la 7^e côte.

Le 20 août, grand corset plâtré d'après la méthode de Calot.

Le 23 janvier 1899, l'enfant revient avec un bon état général.

Du côté de son dos, la déformation ne s'est pas accrue sensiblement. Les deux vertèbres malades, 11^e et 12^e dorsales, sont toujours un peu saillantes, mais sans gibbosité vraie. Il y a toujours un certain degré de scoliose à grande courbure et à convexité gauche. Légère voussure des côtes à gauche. L'omoplate gauche est un peu plus haute. Le mal de Pott est toujours en évolution. L'enfant souffre quand on appuie sur sa gibbosité, quand on presse sur la tête.

Il peut se tenir assis, mais il a de la tendance à s'appuyer sur ses mains. Il peut se lever et marcher, mais il ne peut pas sauter.

Dans la fosse iliaque droite on sent toujours un empatement profond, mais sans collection bien caractérisée et sans fluctuation.

Application d'un nouveau corset plâtré.

Le 3 mai 1899, on constate une amélioration notable dans l'évolution du mal de Pott. L'enfant peut marcher et sauter sans douleur. Il se baisse d'une façon presque normale.

La scoliose cependant a persisté et paraît même s'être un peu accentuée.

On sent toujours dans le flanc droit, le long des vaisseaux, un empâtement profond, mais dont l'interprétation est toujours douteuse.

Le 11 mai 1899, application d'un nouveau corset plâtré.

OBSERVATION VII

Mal de Pott au début. Scoliose

B., Pierre, âgé de 5 ans.

Père et mère en bonne santé. Un frère de 13 ans anémique.

Nourri au biberon, marche à 15 mois. A eu la rougeole il y a 2 ans, la scarlatine l'an passé. Il y a un an et demi que les parents se sont aperçus que l'enfant marchait penché de côté.

Légère scoliose dorsale à convexité droite avec abaissement de l'omoplate gauche. Effacement du triangle des hanches à gauche. On a l'impression d'un déplacement en masse du thorax sur le bassin vers la droite. L'enfant marche, saute. Le dos a conservé sa souplesse. Aucune gibbosité. Cette attitude vicieuse persiste malgré un mois de repos.

Le petit malade accuse spontanément une douleur du côté gauche un peu au-dessous du rebord des fausses côtes.

On ne trouve pas trace d'abcès par congestion. La marche quoique possible, est un peu hésitante.

27 juin 1900. Corset plâtré.

OBSERVATION VIII

Scoliose et mal de Pott

M., Pierre, 9 ans 1/2

Père et mère bien portants. Une sœur en bonne santé. Nourri au sein, marche à 14 mois. A l'âge de 4 ans, rougeole. L'affection actuelle aurait débuté il y a 4 mois. L'enfant prétend avoir reçu une pierre dans le dos il y a 5 mois. Les douleurs dateraient de cette époque. Elles siègent dans le dos et à la ceinture. Elles sont spontanées et provoquées par la percussion au niveau de la gibbosité.

Le dos est en effet déformé et présente une déviation latérale à deux courbes ; l'une prédominante cervicale et dorsale supérieure à convexité droite, l'autre moins nette, lombaire à convexité gauche.

La tête est inclinée vers le côté gauche. Le cou déformé paraît plus court à gauche.

L'épaule gauche est remontée, l'épaule droite est tombante.

L'omoplate gauche est remontée et saillante au niveau de son angle inférieur, la droite est assez effacée.

Les côtes droites font une voussure assez sensible. Le triangle des hanches est effacé à gauche et plus profond à droite.

Pas de torsion de la région lombaire.

Les 5^e et 6^e dorsales sont manifestement saillantes. La percussion à leur niveau est douloureuse.

Vu par devant, l'enfant présente un torticolis très manifeste. La tête est inclinée sur l'épaule gauche et légèrement tournée à droite. La face est légèrement asymétrique.

Le thorax est déformé comme dans une scoliose. Le côté droit est plus petit, le côté gauche plus saillant et plus étalé.

L'enfant ne peut pas sauter, la colonne est rigide. Dans les

mouvements qu'on lui fait faire, il reporte toutes les douleurs au niveau de sa gibbosité.

On ne trouve pas trace d'abcès.

Les réflexes sont légèrement exagérés.

Pas de trépidation épileptique.

OBSERVATION IX

Mal de Pott et scoliose

G., Marie, 11 ans 1/2. Entrée à Sainte-Amélie, le 3 juillet 1899.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire; sa mère a été opérée dans le service de M. le professeur Pontet.

A l'âge de 17 mois, première bronchite. Elle ne commence à marcher qu'à l'âge de 18 mois. Fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. Coqueluche et rougeole dans la première enfance.

Le début de l'affection date de 2 mois environ. A la suite d'un refroidissement, apparition d'un torticolis qui dure trois semaines. La tête était inclinée à gauche et les mouvements étaient douloureux. C'est à ce moment que la malade ressentit une douleur assez vive dans les régions dorsale et lombaire, surtout accentuée pendant le jour, à l'occasion d'un mouvement et ayant des tendances à disparaître pendant le repos.

Amaigrissement notable depuis quelques mois. A l'examen on constate une scoliose totale à convexité gauche. Les deux pointes des omoplates ne sont plus sur une même ligne ni à égale distance de la colonne vertébrale.

L'omoplate gauche est plus élevée et à 6 centimètres de la ligne médiane, tandis que l'omoplate droite n'est qu'à 5 centimètres.

Déformation thoracique à gauche.

La pression sur la colonne détermine une douleur depuis la région cervicale jusqu'au milieu de la région lombaire. On ne

détermine pas nettement de point douloureux comme dans le mal de Pott. De plus, la douleur n'est pas localisée à la pression sur la colonne vertébrale, on la trouve également le long des gouttières vertébrales.

La flexion en avant est possible, mais douloureuse. La colonne a des tendances à la rigidité.

En avant, on ne note rien de particulier. Le thorax ne paraît pas déformé, car la voussure thoracique en arrière est peu prononcée.

Le saut détermine une douleur vive dans la colonne vertébrale.

Le long du sterno-cléido-mastoïdien, on constate de petits ganglions. La pression latérale de la colonne cervicale est douloureuse.

Les vertèbres de la partie inférieure de la région dorsale sont un peu plus saillantes.

Malgré l'extension et le repos, l'état ne se modifie pas. Les douleurs sont toujours aussi accusées.

18 août 1899. Corset plâtré.

Depuis le port du corset, l'enfant ne souffre plus, se tient debout, marche court et saute sans douleur.

Etat général est bon.

Départ pour Longchêne le 29 août.

La malade est revue le 17 mars 1900.

La scoliose totale à convexité gauche persiste avec les mêmes phénomènes de torsion.

Ceux-ci se sont manifestement accentués surtout dans la région lombaire, où il existe un bourrelet de torsion très manifeste.

Les vertèbres de la région lombaire semblent toujours faire une saillie exagérée; mais cette saillie est générale, aucune vertèbre ne se décèle pour faire saillie à part.

La flexion en avant est possible, bien qu'avec une légère raideur de la région lombaire; mais ce mandement réveille une douleur siégeant vers la région dorsale moyenne et l'enfant cherche aussitôt un point d'appui sur ses genoux.

La douleur est localisée d'une façon plus nette dans le tiers ou le quart inférieur de la région dorsale.

L'enfant conserve néanmoins un très bon état général. Pen-

dant le port du corset plâtré, elle ne ressent aucune douleur ni dans la marche, ni dans le saut; le corset enlevé, les raideurs, la douleur et l'indécision dans les mouvements réapparaissent.

OBSERVATION X.

Scoliose simulant le mal de Pott.

L., Joséphine, 12 ans 1/2.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels de la malade.

Examinée, à la consultation gratuite, elle présente une très légère scoliose à convexité gauche totale.

La pression des apophyses épineuses de la région lombaire réveille une vive douleur; la colonne vertébrale présente une légère rigidité. L'examen le plus attentif ne révèle aucun autre signe permettant d'édifier le diagnostic du mal de Pott. Les fosses iliaques sont libres; les troubles nerveux nuls.

OBSERVATION XI

Scoliose simulant le mal de Pott

A., Marie-Jeanne, âgée de 12 ans 1/2.

Scoliose au début. Point douloureux localisé sur les apophyses épineuses des 3^e et 4^e lombaires.

Père et mères bien portants.

Les antécédents personnels de la malade sont très chargés.

On relève successivement des bronchites à répétition depuis l'âge de 2 mois, une nervosité précoce, une fièvre typhoïde à l'âge de 4 ans, une coqueluche à l'âge de 7 ans, une pleurésie, à 8 ans une première attaque de chorée, à 11 ans une scarlatine, à 12 ans une deuxième attaque de chorée.

Depuis sa dernière attaque de chorée, elle se plaint de douleurs spontanées dans le dos et qui, depuis quelques jours seulement, sont provoquées par la pression ; malgré ces douleurs elle peut marcher, courir, sauter.

A l'examen, on constate que l'omoplate gauche est un peu plus haute que la droite et un peu plus déjetée en dehors. La ligne épineuse est à peu près droite. On observe aussi une légère déformation de la hanche. Le triangle des hanches est un peu plus profond à gauche et tend à s'arrondir à droite. Le dos est parfaitement souple dans tous les sens.

Vue par devant, l'épaule droite est abaissée, la hanche droite plus saillante.

A la palpation, on provoque une douleur localisée aux apophyses épineuses des 3^e et 4^e lombaires. A ce niveau, pas de déformation sensible. La jambe droite présente un léger raccourcissement, un centimètre à peine.

OBSERVATION XII

Scoliose simulant le mal de Pott

D., Marie-Madeleine, 44 ans.

Entrée à Sainte-Amélie le 26 juillet 1898.

Son père est mort d'une affection hépatique.

Sa mère est bien portante. Elle a eu la rougeole à l'âge de 2 ans. Tous les troubles dont elle se plaint dateraient d'une chute faite il y a trois ans. Elle a les allures d'une névropathe. Ses réflexes conjonctival et pharyngé sont diminués.

Elle se plaint de douleurs dans les épaules et dans les reins.

A l'examen, on constata une scoliose dorso-lombaire à connexité gauche, dont le sommet serait au niveau de la dixième dorsale. Dans la région cervico-dorsale droite on trouve une légère courbure de compensation.

L'épaule droite est abaissée. La pointe de l'omoplate est à un travers de doigt au-dessus de la pointe gauche.

La hanche droite est relevée et plus saillante.

Pas de différence de longueur des membres inférieurs.

Les douleurs sont plus spécialement localisées dans la région thoracique moyenne du côté droit.

Certains exercices de gymnastique, notamment le renversement, la font souffrir. On ne peut trouver aucune douleur très localisée, aucune gibbosité, rien qui soit en rapport avec un mal de Pott.

CONCLUSIONS

I. — La déviation latérale du rachis n'est pas rare au cours du mal de Pott. Elle survient dans trois conditions différentes :

a) Au début. C'est une simple inclinaison latérale, donnant plutôt l'impression d'un déplacement latéral que d'une vraie scoliose. Les phénomènes de torsion font habituellement défaut. C'est une scoliose musculaire ou par contracture.

b) A la période des déformations osseuses, elle est de cause osseuse et se caractérise surtout par la faible étendue de son rayon, son siège anormal, la coexistence presque constante de la gibbosité pot-tique.

c) Au cours des abcès par congestion. Il s'agit alors d'une inclinaison latérale ordinairement considérable. Cependant, des abcès de petit volume, survenant au début, peuvent déterminer des déformations légères, ressemblant à celles du type I.

II. — Le diagnostic de cette scoliose pottique est des plus importants et des plus difficiles, du moins pour les formes du début. Le siège et la forme de la courbure, la limitation de la mobilité du rachis, les phénomènes douloureux n'ont rien qui soit absolument caractéristique. Le diagnostic ne peut être établi que sur l'ensemble des symptômes concordant dans un sens ou dans l'autre.

III. — Dans certains cas, il faut savoir rester dans le doute et prescrire un traitement d'attente, qui permettra généralement, au bout d'un temps assez court, d'arriver à une conclusion positive.

VU :

Le président de la thèse,
FOCHIER.

VU :

Le doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le recteur, président du Conseil
de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUVIER. — Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Paris, 1858.
- KIRMISSON. — *Revue d'Orthopédie*.
- KIRMISSON. — Traité de Chirurgie, Tome III.
- LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale.
- BADIN. — Des déviations latérales du rachis dans le mal de Pott. Thèse de Bordeaux, 1894-1895.
- BRUNELLE. — Thèse de Lille, 1893.
- LOWETT. — *Boston medical and surgical Journal*, 1890.
- RIDLON. — *Medical Record*, 1890.
- BARTOW. — *Annals of Surgery*, 1889.
- TAYLORS. — American Orthopedie Association, 1889
-

